



Handledning i egenvård som genomförs på distans för personer med långtidssjukdom

Hotus-vårdrekommendation®

ARBETSGRUPPENS SAMMANSÄTTNING OCH BINDNINGAR

Ordförande

HELI VIRTANEN, specialsjuuskötare, HVD, docent, universitetslärare, Åbo universitet, institutionen för vårdvetenskap

Vice ordförande

KAISA MARIN, sjuuskötare, HVM, forskare, Stiftelsen för vårdforskning sr

Medlemmar

ANNA-MARIA HILTUNEN, sjuuskötare, HVM, doktorand, Aalto-universitet, institutionen för produktionsekonomi (I arbetsgruppen fram till upprättandet av evidenssammandragen)

ARJA KAILA, specialsjuuskötare, barnmorska, HVD

OUTI KAJULA, specialsjuuskötare, HVD, överlärare, Uleåborgs yrkeshögskola

JUKKA KESÄNEN, sjuuskötare, HVD, överlärare, Yrkeshögskolan Metropolia

Experter

SILJA ESKOLIN, HVM, TM, servicekoordinator, VSSHP; erfarenhetsexpert

HANNA HOVI, Sjuuskötare (högre YH)

ILKKA KUNNAMO, utvecklingsdirektör, Kustannus Oy Duodecim; hälsocentralläkare, Saarikka

TUULA-MARIA RINTALA, HVD, överlärare, utveckling av kliniskt vårdarbete, Tammerfors yrkeshögskola

BINDNINGAR: Medlemmarna i rekommendationsarbetsgruppen har inga bindningar till rekommendationstemat som ger dem ekonomiska fördelar eller som påverkar rekommendationernas tillförlitlighet.

ISSN 2489-5024

Innehåll

ARBETSGRUPPENS SAMMANSÄTTNING OCH BINDNINGAR	2
Introduktion _____	4
Rekommendationens syfte och centrala begrepp _____	4
Rekommendationens syfte	4
Målgrupper	5
Centrala begrepp	5
Rekommendationsfraser _____	7
1. Att möjliggöra distanshandledning i organisationen	7
2. Stöd för egenvård vid distanshandledning	10
3. Stöd för livskvaliteten	14
4. Tillgång till kamratstöd vid distanshandledning	15
Källor _____	16

Introduktion

Antalet personer med långtidssjukdomar fortsätter att öka såväl i Finland som globalt^{1,2}, vilket innebär att egenvård av dessa sjukdomar berör allt fler personer.

En väsentlig del av behandlingen av långtidssjukdomar är egenvård. Med detta avses individens förmåga att sköta sitt eget hälsoproblem och att ta ansvar för sin egen vård^{3,4}. Målet med handledningen i egenvård är att öka, precisera och strukturera informationen om och förståelsen för den egna hälsan och vården hos en person med långtidssjukdom⁵. En förutsättning för en fungerande egenvård är en öppen och ömsesidig handledningsrelation mellan individen och en yrkesutbildad person inom hälsovården där den yrkesutbildade personen är expert på sjukdomen och individen är expert på sitt eget liv. En lyckad egenvård kan även stödas av individens sociala miljö, till exempel familjen, vänner och kamratstöd.⁶ Handledningen i egenvård kan genomföras ansikte mot ansikte eller alternativt på distans.

Klienter inom hälsovården upplever att distanstjänster, till exempel distanshandledning, är nyttiga och användbara alternativ för traditionella tillvägagångssätt⁷. En lyckad och effektiv distanshandledning kräver en bedömning av förutsättningarna för dess genomförande samt beaktande av distanshandledningens begränsningar och utmaningar. Sådana begränsningar och utmaningar kan vara faktorer som gäller interaktion, integritetsskydd, likvärdighet, patientsäkerhet samt datasäkerhet⁸.

Införandet av vådrekommandationen förutsätter att man säkerställt kompetensen i distanshandledningsmetoder hos de yrkespersoner som arbetar inom social- och hälsovården. Chefer och arbetsledare har en skyldighet att ordna handledning och utbildning för personalen samt säkerställa personalens tillräckliga kompetens.

Rekommendationens syfte och centrala begrepp

Rekommendationens syfte

Syftet med denna Hotus-vådrekommandation[®] är att beskriva evidensen som utgår från kritiskt utvärderade studier på effekten av handledning i egenvård som genomförs på distans. Avsikten är också att beskriva genomförandet av distanshandledning i egenvård för en person med långtidssjukdom särskilt med tanke på vårdarbete och handledning som stödjer egenmakten.

Målet med vådrekommandationen är att hjälpa yrkespersoner inom social- och hälsovården att bedöma i vilka situationer och för vem distanshandledning är lämplig och hur den borde utnyttjas vid sidan om handledning som genomförs ansikte mot ansikte. Målet är således att fören-

hetliga distanshandledningen i egenvård och minska omotiverad variation i distanshandledningspraxis. Rekommendationen riktas inte till innehållet i en sjukdomsspecifik handledning eller till en jämförelse mellan olika distanshandledningsmetoder.

Målgrupper

Denna vådrekommandation är avsedd för alla yrkespersoner inom social- och hälsovården som i sitt arbete ger handledning till personer med långtidssjukdom. Rekommendationen är också avsedd för hälsoserviceorganisationers ledare, experter och parter som fattar upphandlingsbeslut och som är ansvariga för vårdarbetet för personer med långtidssjukdom. Vådrekommandationen kan utnyttjas som informationskälla av de som ordnar grundläggande utbildning och fortbildning för social- och hälsovårdspersonal samt av personer med en långtidssjukdom och deras närstående.

Centrala begrepp

Med **personer med långtidssjukdom** avses i denna rekommendation vuxna (över 18 år) som diagnostiserats med någon av följande långtidssjukdomar: diabetes, astma eller annan långvarig lungsjukdom, hjärt- och kärlsjukdom eller inflammatorisk tarmsjukdom och som använder hälsovårdstjänster som stöd för egenvården. En långtidssjuk person kan ha vårdats på sjukhus eller vara klient inom hälsovårdens öppenvård inom primärvården eller specialistsjukvården.

Egenvård (engl. self-management) är en väsentlig del av behandlingen av en långtidssjukdom⁹. Med egenvård avses individens förmåga att sköta sitt eget hälsoproblem och att ta ansvar för sin egen vård^{3,4}. Egenvården baserar sig på ett samarbete mellan individen och hälsovårdspersonalen. Ett närbesläktat begrepp till egenvård är självvård (eng. self-care) som skiljer sig från egenvård på så sätt att genomförandet av självvård är möjligt utan hälsovårdspersonalens hjälp.⁹ För att utföra egenvård ska personen ha insikt i sitt hälsoproblem och dess behandling samt förmåga att lösa problem och fatta beslut. Egenvård förutsätter dessutom förmåga att utföra bland annat en självständig symtomuppföljning och läkemedelsbehandling^{3,4} samt ett hälsobeteende som främjar hälsan (inkl. exempelvis motion, diet och ändring i röningsbeteendet)³. Det centrala i egenvården är den långtidssjuka personens egenmakt (eng. empowerment), autonomi, motivation samt stärkande av känslan av självförmåga (eng. self-efficacy)⁹.

Handledningen i egenvård utgör en central del av vårdarbetet för långtidssjuka. Handledningens mål är att öka, precisera och strukturera informationen om och förståelsen för den långtidssjuka personens egen hälsa och egenvård så att personen kan främja sin egen hälsa och hantera sin sjukdom samt fungera som en likvärdig aktör i beslutsfattandet som gäller personens egen vård och hälsa⁵. En högklassig handledning i egenvård är tillräcklig och effektiv verksamhet som baserar sig på hälsovårdspersonalens yrkesmässiga ansvar och som är aktiv och målriktad, bygger på interaktion, är genomförd med ändamålsenliga resurser och bunden till den långtidssjuka personens och yrkespersonens bakgrund¹⁰.

I handledningen i egenvård 1) utreder man den långtidssjukas individuella behov och hälsovanor samt stärker personens egen interna motivation, 2) fastställer de individuella målen och 3) förfaringssätten med vars hjälp det är möjligt att uppnå målen samt 4) utvärderar och vid behov justerar planen¹¹. Traditionella handledningsmetoder består av en muntlig handledningsdiskussion som genomförs ansikte mot ansikte mellan den långtidssjuka och en yrkesperson inom hälsovården¹² samt skriftligt handledningsmaterial¹³.

Med **handledning som stöder egenmakten** avses handledning där målet är att stärka personens förmåga att hantera sin egen hälsa genom en utveckling av färdigheter i problemlösning och beslutsfattande. Genom att iakta principerna för handledning som stöder egenmakten kan man möjliggöra en aktiv och jämlik roll inom egenvården hos personer med långtidssjukdom.¹⁴

Handledning som stöder egenmakten baserar sig på en jämlik interaktion mellan yrkespersonen och klienten inom hälsovården¹⁴. En förutsättning för handledningen är också att man beaktar och stödjer individens hälsolitteracitet. Med hälsolitteracitet avses personens förmåga att söka och hitta, förstå, utvärdera samt utnyttja hälsorelaterad information.¹⁵ Handledning som stöder egenmakten ska på ett heltäckande sätt omfatta olika ämnesområden som möjliggör en aktiv roll och stärkta färdigheter hos den långtidssjuka. I handledning som stöder egenmakten ska man sålunda diskutera biofysiologiska (sjukdomen och dess behandling), funktionella (egenvård), erfarenhetsbaserade (tidigare erfarenheter och känslor), etiska (långtidssjukas rättigheter), socialt samhällsdeltagande (närståendes och kamratstödet roll) och ekonomiska (vårdkostnader och förmåner) ämnesområden^{5,14,16,17}.

Distanshandledning är en av distansserviceformerna inom hälsovården¹⁸. Med distanshandledning avses i denna rekommendation en interaktiv handledning i egenvård mellan en yrkesperson inom hälsovården och en långtidssjuk person som genomförs på distans och där man använder digital utrustning. Distanshandledningen kan genomföras per telefon, med någon annan mobilenhet eller en dator till exempel genom ett telefonsamtal, videosamtal, mobilapplikation eller e-post. Som stöd för handledningen kan man utnyttja distansuppföljningsutrustning till exempel för uppföljning av blodsockervården och för att ge respons om dem.

Med **livskvalitet** avses personens upplevelse om sitt eget liv som hen granskar i förhållande till sina egna mål, förväntningar, krav och bekymmer¹⁹. Livskvalitet kan i olika sammanhang hänvisa till exempel till tillfredsställelse, lycka, livets meningsfullhet, trygghet och välbefinnande²⁰. Livskvalitet är som begrepp flerdimensionell och dynamisk. Den har olika filosofiska, politiska och hälsorelaterade definitioner. Det centrala i de olika definitionerna är människans subjektiva upplevelse. Livskvaliteten innehåller fyra dimensioner: den fysiska, psykiska och sociala dimensionen samt miljön. Miljön kan innehålla till exempel en ekonomisk dimension, miljöns trygghet, den fysiska miljön och tillgången till tjänster.¹⁹

Med **självförmåga** (engl. self-efficacy) avses individens tro på sin egen förmåga att uppnå mål. Självförmågan är kopplad till individens motivation och hälsobeteende. Begreppet baserar sig på den socialkognitiva inlärningsteorin.²¹ Känslan av självförmåga har konstaterats ha ett sam-

band med en bättre fysisk funktionsförmåga och mental hälsa samt med mindre ångest. Känslan av självförmåga främjar också anpassningen till sjukdomen²² och förbättrar livskvaliteten²³.

Med **kamratstöd** avses stöd från en sådan person som utgående från sin egen erfarenhet har kunskap om att leva med en långtidssjukdom²⁴. Kamratstöd ger individen möjlighet att dela sina erfarenheter samt få sådant stöd och bekräftelse som inte kan fås av hälsovårdspersonal och familjemedlemmar²⁵. Kamratstödet bidrar till att lindra känslan av isolering hos en långtidssjuk person och öka kunskapen om sjukdomsupplevelsen vilket därmed leder till en ökning i eventuella överlevnadsmetoder samt inger hopp²⁶. Kamratstödsgrupper som riktas till olika målgrupper erbjuds av flera aktörer på tredje sektorn.

Rekommendationsfraser

1. Att möjliggöra distanshandledning i organisationen

Det rekommenderas att man inom social- och hälsovårdstjänsterna utnyttjar distanshandledning vid handledning av egenvård för långtidssjuka vid sidan om handledning som sker ansikte mot ansikte, eftersom

- handledning och uppföljning på distans hjälper till att uppnå en terapeutisk balans hos diabetiker^{27–33}. (A)
- man med distanshandledning och -uppföljning sannolikt kan minska diabetesrelaterade symtom,^{28,32} (C) symtom hos patienter med kronisk obstruktiv lungsjukdom (KOL),³⁴ (C) och förekomsten av skov³⁵ (C) minst lika mycket som med traditionell behandling.
- man med distanshandledning sannolikt kan främja den terapeutiska balansen hos personer med KOL minst lika väl som med traditionell behandling eller handledning^{34,36}. (C)
- distanshandledning och -uppföljning uppenbarligen har en gynnsam effekt på blodtrycket hos personer med blodtryckssjukdom^{28,32,33}. (B)
- distanshandledning också kan ha en gynnsam effekt på andnöd hos personer med hjärtsvikt³⁴. (C)

➤ **genomförandet av handledning och uppföljning på distans är minst lika säkert som traditionell behandling eller handledning med tanke på dödlighetsrisken hos långtidssjuka^{28,32,34,35,37,38}. (B)**

- Ur klientens synvinkel medför distanshandledningen en lättare tillgång till handledning som är oberoende av plats och delvis också av tid samt sparar tid och kostnader när det gäller resor^{8,39}.
- Distanshandledningen möjliggör en lägre tröskel och en enklare behovsenlig kontakt mellan en yrkesperson inom hälsovården och klienten³⁹.
- Distanshandledningen minskar också smittorisken för infektionssjukdomar⁸.
- Genomförandet av distanshandledning medför också utmaningar som bör uppmärksammas i organisationerna:
 - förverkligandet av integritetsskydd och jämlikhet, patientsäkerhet och datasäkerhet hos klienter inom hälsovården⁸
 - eventuella brister i datatekniska färdigheter som är nödvändiga för distanshandledningen, problem i utrustningens funktion samt hälsovårdspersonalens arbetsbörda⁸
 - användbarheten av utrustning som används i distanshandledningen³⁹

Skyldigheter vid ordnande av distanshandledning

- Handledning som utförs på distans, såsom andra distanstjänster inom hälsovården, kan jämföras med traditionella mottagningsbesök. Distanshandledningen ska genomföras genom att följa en god och allmänt godkänd praxis. I genomförandet ska man uppmärksamma patientsäkerheten, dataskyddet och de tillhörande krav som lagstiftningen ställer, på samma sätt som i andra hälsovårdstjänster.^{18,40}
- Klienter inom hälsovården har en lagstadgad rätt att få information om sitt eget hälsotillstånd och om sin vård. Informationen ska vara tydlig och den lagenliga skyldigheten ska förverkligas också i det fall att tjänsten tillhandahålls på distans⁴¹.
- Enligt Valviras anvisningar ska ”den som tillhandahåller distanstjänster uppfylla bestämmelserna i lagstiftningen om ifrågavarande verksamhet samt även de krav som ställs i lagen om elektronisk behandling av klientuppgifter inom social- och hälsovården (784/2021). Tillhandahållaren av distanstjänster ska bland annat uppgöra eller uppdatera en datasäkerhetsplan enligt Institutet för hälsa och välfärds föreskrift (3/2021) där innehållet av distanstjänsterna beaktas”⁴².

Individuell bedömning och klientens informerade samtycke

- Vårdaren eller någon annan yrkesperson inom hälsovården som genomför handledning ska alltid bedöma individuellt och omsorgsfullt för varje klient inom hälsovården ifall handledningen är lämplig för att genomföras på distans då personens helhetssituation och beredskap beaktas⁴².
- För att genomföra handledningen på distans krävs klientens informerade samtycke⁴².

- För en klient inom hälsovården ska vid behov erbjudas möjlighet till ett traditionellt mottagningsbesök eller hänvisas till mottagning på någon annan vårdplats¹⁸.

Identifiering av klienten och bokförandet av handledning

- Även inom distanshandledningen ska identifieringen av en klient inom hälsovården basera sig på en tillförlitlig metod, till exempel stark identifiering. Identifieringsmetoden ska kunna verifieras i efterhand.⁴²
- Adekvata anteckningar om distanshandledningen ska göras i patientjournalen och patientregistret ska underhållas enligt givna regler och bestämmelser^{41–43}.
 - Distansförbindelsens form (t.ex. telefonförbindelse) ska också anges i bokföringarna.

Lokaler och utrustning

- En förutsättning för distanshandledning är att yrkespersonen inom hälsovården har tillgång till lämpliga lokaler och utrustning (inkl. förbindelser). Datasystemen som används för att förmedla och spara patientuppgifter ska uppfylla bestämmelserna om sekretess, dataskydd samt datasäkerhet. Den som tillhandahåller tjänsterna ansvarar för dataskyddet och informationssäkerheten (inkl. förbindelser och behandlingen av personuppgifter).⁴²
- Lokalerna och utrustningen ska säkerställa klientens integritetsskydd. När handledningen genomförs är det bra att uppmärksamma att också lokalen där klienten befinner sig i under handledningen möjliggör integritetsskydd.⁸
- Arbetsgruppen rekommenderar att organisationen säkerställer att hälsovårdspersonal som genomför distanshandledning har tillgång till nödvändigt datatekniskt stöd i problemsituationer (uppkopplingsproblem, problem med utrustningen).

Personalens utbildning och beaktande av utvecklingsbehoven för distanshandledning

- En förutsättning för genomförande av distanshandledning är att personalen har lämplig utbildning och beredskap för att tillhandahålla distanstjänster^{8,42}.
- Cheferna ska uppmärksamma eventuella bekymmer som framförts av personalen och klienter som gäller genomförandet av distanshandledningen. Sådana kan gälla till exempel säkerheten, tillförlitligheten, integritetsskyddet, dataskyddet och datasäkerheten samt arbetsbördan⁸.

2. Stöd för egenvård vid distanshandledning

Planera distanshandledningen för en person med långtidssjukdom individuellt och genom att beakta klientens behov och förväntningar, eftersom

- **distanshandledning och -uppföljning uppenbart stöder en hälsosam kost hos den långtidssjuka^{32,44}. (B)**
- **distanshandledningen sannolikt främjar den långtidssjukas egenvård⁴⁵⁻⁴⁷ (C), engagemang i egenvården^{33,47} (C), genomförande av läkemedelsbehandling³² (C) samt egenkontroll³² (C) minst lika väl som traditionell behandling eller handledning.**
- **distanshandledningen sannolikt ökar rörligheten hos en person med långtidssjukdom minst lika väl som traditionell behandling^{32,44}. (C)**
 - Distanshandledningen är avsedd att komplettera och stöda, men inte helt ersätta den traditionella handledningen i egenvård som utförs ansikte mot ansikte för personer med långtidssjukdom^{8,48}
 - När man planerar handledning i egenvård ska man alltid individuellt bedöma om distanshandledningen lämpar sig som förfaringssätt i handledningen av en långtidssjuk person samt vilka för- och nackdelar den medför.
 - Klienter inom hälsovården har olika färdigheter för distanshandledning och att förbise färdigheterna kan öka ojämlikheten. Uppmärksamhet bör fästas vid att klienten inom hälsovården har tillgång till den utrustning och de förbindelser som behövs för distanshandledning samt den kompetens som behövs för att använda utrustningen.⁸
 - Klienter inom hälsovården har olika slags beredskap att ta ansvar för sin egenvård, vilket bör uppmärksammas när man bedömer distanshandledningens lämplighet³⁹. Uppmärksamhet ska fästas vid säkerställande av uppföljningen och den fortsatta behandlingen av långtidssjukdomen⁸.
 - Vid bedömning av distanshandledningens lämplighet ska man uppmärksamma utmaningar som har att göra med kommunikation (bl.a. främmande språk). När handledningen utförs på distans kan den verbala och icke-verbala kommunikationen vara begränsad och ställa utmaningar för interaktionen³⁹.
 - Vid tolkförmedlad handledning i egenvård ska man i respektive situation bedöma om handledningen kan utföras på distans. Mer information om att arbeta med tolk: <https://thl.fi/sv/web/invandring-och-kulturell-mangfald/stodmaterial/god-praxis/att-arbeta-med-tolk>
 - Distanshandledningens lämplighet kan påverkas av naturen av handledningsbehovet hos den långtidssjuka (bl.a. hur nytt och komplext ärendet är, ärendets känslighet). Klienter inom hälsovården bedömer att distansmottagningar lämpar sig särskilt för behandling av korta och enkla ärenden⁴⁹.

- Klientens önskemål om och attityder till genomförandet av handledningen bör alltid uppmärksammas.

Bedömning av handledningsbehov

- Vid distanshandledning ska handledningen i egenvård basera sig på en individuell bedömning av den långtidssjukas handledningsbehov. Bedömningen hjälper till att identifiera vad den långtidssjuka redan vet och kan på förhand och vilka ämnesområden handledningen ska innehålla.
 - När handledningsbehovet bedöms ber man den långtidssjuka beskriva sina hälsorelaterade bekymmer. Utifrån diskussionen gör man en bedömning av hurdan stöd och hurdan handledning personen behöver.^{50,51}
 - I bedömningen bör handledningsbehoven utvärderas mångsidigt och följande ämnesområden bör beaktas för att möjliggöra en aktiv roll och en stärkning av egenvårdsfärdigheter hos den långtidssjuka (ämnesområden för handledning som stöder egenmakten)^{5,14,16,17}:
 - information om sjukdomen, dess symtom, förebyggande åtgärder, behandling och egenvård (inkl. egenuppföljning, läkemedelsbehandling)
 - tidigare erfarenheter och känslor hos den långtidssjuka
 - långtidssjukas rättigheter
 - sjukdomens inverkan på vardagen (inkl. parrelationen, familjen, andra närståendes roll)
 - ekonomiska faktorer (inkl. vårdkostnader och förmåner).
 - Vid bedömning av handledningsbehoven ska man beakta sjukdomsspecifika ämnesområden för handledning i egenvård enligt gällande vårdrekommendationer (inkl. Hotus-vårdrekommendationer, God medicinsk praxis-rekommendationer)⁵²⁻⁶⁰
- Utgående från bedömningen planerar man handledningens innehåll och genomförande och ställer upp mål för handledningen och egenvården. Handledningens genomförande och resultat bedöms också mot målen mellan handledningssessionerna. Vid behov görs ändringar i planen.^{50,61}

Att välja distanshandledningsmetod

- Arbetsgruppen rekommenderar att välja den lämpligaste distanshandledningsmetoden för varje handledningssituation.
 - Distanshandledningsmetoder omfattar bland annat handledning som genomförs med hjälp av video, telefon eller elektroniska kommunikationsmedel
 - Vid val av distanshandledningsmetod ska man säkerställa vilka metoder som är tillgängliga i organisationen (bl.a. beaktande av dataskyddet)
- Om behovet av handledning eller faktorer som gäller dess genomförande ändras under handledningen ska den lämpligaste handledningsmetoden utvärderas på nytt.

När du genomför distanshandledningen ska du diskutera med den långtidssjuka olika delområden inom egenvården genom att betona individuella handledningsbehov. Säkerställ att den långtidssjuka förstår den information hen fått och kan utnyttja den i sin vardag, eftersom

- **distanshandledningen och -uppföljningen uppenbarligen ökar informationen den långtidssjuka har om sjukdomen och dess behandling minst lika väl som traditionell behandling eller handledning^{27,45–47,62}. (B)**

Interaktion vid distanshandledning

- Fäst särskild uppmärksamhet vid interaktion när handledning i egenvård utförs på distans.
 - Interaktionen under distanshandledningen upplevs främjas av att den långtidssjuka känner yrkespersonen som ger handledningen från tidigare³⁹.
 - Interaktionen vid distanshandledning kan däremot försvåras av brist på ögonkontakt eller utmaningar som gäller detta⁶³ samt av dröjsmål och avbrott i förbindelserna⁶⁴.
 - I en videoförmedlad handledning är det bra att använda kamera för att främja en ömsesidig interaktion⁶⁵.
 - För att främja interaktionen ska båda handledningsparterna ha möjlighet till en lugn handledningsmiljö och -lokal⁸
 - Uppkomsten av en tillitsfull interaktion och samförstånd kan främjas genom att
 - reservera tillräckligt med tid, genom att lyssna och ge utrymme för en jämlik och interaktiv diskussion och ett delat beslutsfattande^{14,49}
 - inleda handledningen med en kort inofficiell diskussion⁶⁶
 - dela in handledningen i mindre delar och mellan de olika delarna bedöma klientens beredskap att förstå de ärenden som behandlats fram till dess⁶³
 - formulera i ord det som görs under handledningen samt genom att göra upp mellansammandrag och repetera de ärenden som diskuterats⁸
 - hantera eventuella avbrott och uppkopplingsproblem smidigt och genom att säkerställa att båda parterna har hört det väsentliga som sagts trots avbrotten⁶⁴
 - säkerställa ögonkontakten och fästa uppmärksamhet vid kroppens position och rörelser under en videoförmedlad handledning⁶⁷.
 - I en distanshandledning ska du möjliggöra en ömsesidig interaktion också när handledningen utförs med hjälp av till exempel e-post, sms eller annan asynkron kommunikationsmetod. En person med långtidssjukdom ska ha möjlighet att kommunicera med en yrkesperson inom hälsovården (t.ex. för att ställa preciserande frågor) och även få respons på sin egenvård.²⁹
 - Om distanshandledningen genomförs i grupp ska du fästa särskild uppmärksamhet vid interaktionen och möjligheten till aktivt deltagande för varje klient (bl.a. möjligheten att ställa frågor, säkerställa att handledningen har förståtts).⁶⁸

Handledning i att ta läkemedel

- Vid handledning av teknik i läkemedeltagning (t.ex. inhalerbara läkemedel) eller mätningsteknik i samband med egenuppföljning (t.ex. mätning av blodsockret, PEF-uppföljning) ska man i handledningen beakta utmaningarna vid interaktion och samtidigt säkerställa att den långtidssjuka kan ta läkemedlen eller göra mätningen på rätt sätt⁵⁹.
 - När handledning som gäller läkemedelstagning eller mätningsteknik utförs på distans rekommenderar arbetsgruppen videoförmedlad handledning så att båda parterna använder en kamera.
 - På motsvarande sätt som vid traditionell handledning⁶⁹ ska du efter handledningen be den långtidssjuka visa (med hjälp av video) hur hen tar sina läkemedel eller utför mätningen.

Teach-back-metoden

- Teach-back-metoden kan användas i distanshandledning när man bedömer hur den långtidssjuka har förstått det som gått igenom i handledningen och vilka frågor ännu bör repeteras^{70,71}.
 - I metoden ber yrkespersonen inom hälsovården den långtidssjuka att under handledningen berätta om det centrala för egenvården såsom hen förstått dem⁷¹.
 - Användningen av teach-back-metoden i handledningen stärker känslan av självförmåga hos den långtidssjuka och kan främja utvecklingen av egenvårdsfärdigheter⁷¹.

När du genomför distanshandledning ska du stödja den långtidssjuka personens förtroende för den egna förmågan att hantera sjukdomen, eftersom

➤ distanshandledningen och -uppföljningen kan stärka självförmågan hos en vuxen person med långtidssjukdom³². (C)

- I distanshandledningen kan man utnyttja till exempel olika applikationer och uppföljningsutrustning som bland annat stöder den långtidssjukas delaktighet i sin egen vård, bidrar till uppföljningen av vårdresultaten och ger individuell respons^{72,73}.
 - När applikationer och uppföljningsutrustning används ska man också försäkra sig om deras lämplighet, tillförlitlighet och säkerhet⁴².

3. Stöd för livskvaliteten

Diskutera under distanshandledningen även faktorer som påverkar livskvaliteten. Stöd faktorer som har en positiv effekt på livskvaliteten samt uppmärksamma faktorer som försämrar livskvaliteten och säkerställ vid behov behandlingen av dessa, eftersom

- **man med distanshandledning och -uppföljning sannolikt kan förbättra den långtidssjuka personens sjukdomsrelaterade livskvalitet^{27,28,34,35,38,44,45,47,74,75} (C) och den fysiska funktionsförmågan^{28,32,34,36} (C) minst lika väl som genom traditionell behandling eller handledning.**
 - När du diskuterar livskvaliteten ska den långtidssjukas situation beaktas på ett övergripande sätt. I diskussionen ska du beakta följande dimensioner i livskvaliteten:
 - fysiska faktorer (bl.a. sjukdomssymtom, funktionsförmåga)
 - psykiska faktorer (bl.a. mental hälsa, humör)
 - sociala faktorer (bl.a. de närståendes roll, ensamhet)
 - miljörelaterade faktorer (bl.a. det ekonomiska läget, boendeförhållanden och boendemiljön samt tillgången till tjänster).¹⁹
 - Om faktorer som försämrar livskvaliteten framkommer i diskussionen ska lämplig behandling och stöd ordnas med beaktande av behoven hos den långtidssjuka.

Bedöm den långtidssjuka personens psykiska symtom och välbefinnande samt säkerställ att distanshandledningsmetoden är lämplig för stödbehovet, eftersom

- **man med distanshandledning uppenbarligen kan stöda den mentala hälsan hos en person med långtidssjukdom minst lika väl som med traditionell behandling^{31,32,35,44}. (B)**
 - Personer med långtidssjukdom kan ha sjukdomsrelaterade psykiska symtom, såsom depression och ångest⁷⁶⁻⁷⁹ som bör uppmärksammas under handledningen.
 - Utvärdera den långtidssjukas situation och behov av stöd och välj en individuell handledningsmetod som lämpar sig bäst för personens situation.
 - Distanshandledning upplevs vanligtvis lämpa sig bättre när man diskuterar enkla frågor⁴⁹.
 - Vissa människor kan uppleva att det är lättare att berätta om personliga ärenden via en distansförbindelse⁸
 - Arbetsgruppen rekommenderar att en person med långtidssjukdom ska hänvisas till fortsatt vård om personens mentala tillstånd orsakar oro.

4. Tillgång till kamratstöd vid distanshandledning

Erbjud möjlighet till kamratstödsgrupper också på distans, eftersom

- **diabetiker kan uppleva att de får socialt stöd från en kamratstödsgrupp som genomförts på distans^{31,44}. (C)**
 - Kamratstödsgrupper främjar långtidssjukas engagemang i egenvården. Kamratstödet upplevs även som ett värdefullt tillägg som ökar känslan av stöd och samhörighet.⁸⁰
 - Kamratstödsgrupperna kan också komplettera stödet från social- och hälsovården⁸¹.
 - Kamratstöd kan erbjudas bland annat på forum som leds av en yrkesperson inom hälsovården (t.ex. e-post, annat diskussionsforum) där personer med långtidssjukdom kan dela sina erfarenheter och få kamratstöd från andra personer med samma sjukdom³¹.
 - Om den egna organisationen inte har möjlighet att erbjuda socialt stöd i form av kamratstöd kan en långtidssjuk person hänvisas till tjänster på den tredje sektorn (t.ex. Astma- och allergiförbundet, Diabetesförbundet, Andningsförbundet, Hjärtförbundet och OLKA)⁸²⁻⁸⁶.

Källor

1. OECD. *Health for the People, by the People - Building People-centred Health Systems*. OECD. Epub ahead of print 16 December 2021. DOI: 10.1787/C259E79A-EN.
2. Terveyden ja hyvinvoinnin laitos. Syöpä, <https://thl.fi/fi/web/kansantaudit/syopa> (2021, accessed 26 October 2022).
3. Jonkman NH, Schuurmans MJ, Jaarsma T, et al. Self-management interventions: Proposal and validation of a new operational definition. *J Clin Epidemiol* 2016; 80: 34–42.
4. Fryer CE, Luker JA, McDonnell MN, et al. Self management programmes for quality of life in people with stroke. *Cochrane Database Syst Rev* 2016; 2016: CD010442.
5. Leino-Kilpi H, Maenpää I, Katajisto J. Nursing study of the significance of rheumatoid arthritis as perceived by patients using the concept of empowerment. *Journal of Orthopaedic Nursing* 1999; 3: 138–145.
6. van de Velde D, de Zutter F, Satink T, et al. Delineating the concept of self-management in chronic conditions: a concept analysis. *BMJ Open* 2019; 9: e027775.
7. Zanaboni P, Fagerlund AJ. Patients' use and experiences with e-consultation and other digital health services with their general practitioner in Norway: results from an online survey. *BMJ Open* 2020; 10: e034773.
8. Suomalainen Lääkäriseura Duodecim. Perusterveydenhuollon avovastaanotto toiminnan mallit sote-järjestelmässä, Hyvä käytäntö -konsensus suositus.
9. Routasalo P, Airaksinen M, Mäntyranta T, et al. Potilaan omahoidon tukeminen. *Lääketieteellinen Aikakauskirja Duodecim* 2009; 125: 2351–9.
10. Kääriäinen M. *Potilasohjauksen laatu: hypoteettisen mallin kehittäminen*. Väitöskirja, Universitatis Ouluensis, 2007.
11. Effing TW, Vercoulen JH, Bourbeau J, et al. Definition of a COPD self-management intervention: International Expert Group consensus. *Eur Respir J* 2016; 48: 46–54.
12. Virtanen H. *Nursing students' learning about an empowering discourse in patient education*. *Annales Universitatis Turkuensis. Series Medica-Odontologica D1207*. University of Turku. 2015.
13. Johansson K, Salanterä S, Katajisto J, et al. Written orthopedic patient education materials from the point of view of empowerment by education. *Patient Educ Couns* 2004; 52: 175–181.
14. Leino-Kilpi H, Luoto E, Katajisto J. Elements of empowerment and MS patients. *J Neurosci Nurs* 1998; 30: 116–123.
15. Sørensen K, van den Broucke S, Fullam J, et al. Health literacy and public health: a systematic review and integration of definitions and models. *BMC Public Health* 2012; 12: 80.
16. Valkeapää K, Klemetti S, Cabrera E, et al. Knowledge expectations of surgical orthopaedic patients: A European survey. *Int J Nurs Pract* 2014; 20: 597–607.
17. Rankinen S, Salanterä S, Heikkinen K, et al. Expectations and received knowledge by surgical patients. *Int J Qual Health Care* 2007; 19: 113–119.
18. Sosiaali- ja terveysministeriö. Kirje 957233 v. 4 Sosiaali ja terveysministeriön linjaus terveydenhuollossa annettavista etäpalveluista.
19. WHO Quality of Life Assessment Group. What quality of life? 1996; 17: 354–356.
20. Terveysylä. Mitä elämänlaatu on? | Palliatiivinen talo, <https://www.terveysyla.fi/palliatiivinen-talo/palliatiivinen-hoito/elamanlaatu-ja-karsimys/mita-elamanlaatu-on> (accessed 31 October 2022).
21. Bandura A. *Self-efficacy: The exercise of control*. New York, NY: W.H. Freeman, <https://psycnet.apa.org/record/1997-08589-000> (1997, accessed 27 October 2022).
22. Eller LS, Lev EL, Yuan C, et al. Describing Self-Care Self-Efficacy: Definition, Measurement, Outcomes, and Implications. *Int J Nurs Knowl* 2018; 29: 38–48.

23. Selzler A-M, Habash R, Robson L, et al. Self-efficacy and health-related quality of life in chronic obstructive pulmonary disease: A meta-analysis. *Patient Educ Couns* 2020; 103: 682–692.
24. Patil SJ, Ruppert T, Koopman RJ, et al. Peer Support Interventions for Adults With Diabetes: A Meta-Analysis of Hemoglobin A(1c) Outcomes. *Ann Fam Med* 2016; 14: 540–551.
25. de Vries L, van der Heijden AA, van 't Riet E, et al. Peer support to decrease diabetes-related distress in patients with type 2 diabetes mellitus: design of a randomised controlled trial. *BMC Endocr Disord* 2014; 14: 21.
26. Legg M, Occhipinti S, Ferguson M, et al. When peer support may be most beneficial: the relationship between upward comparison and perceived threat. *Psychooncology* 2011; 20: 1358–1362.
27. Nkhoma DE, Soko CJ, Bowrin P, et al. Digital interventions self-management education for type 1 and 2 diabetes: A systematic review and meta-analysis. *Comput Methods Programs Biomed* 2021; 210: 106370.
28. Flodgren G, Rachas A, Farmer AJ, et al. Interactive telemedicine: effects on professional practice and health care outcomes. *Cochrane Database Syst Rev* 2015; 2015: CD002098.
29. Saffari M, Ghanizadeh G, Koenig HG. Health education via mobile text messaging for glycemic control in adults with type 2 diabetes: a systematic review and meta-analysis. *Prim Care Diabetes* 2014; 8: 275–285.
30. Wu IXY, Kee JCY, Threapleton DE, et al. Effectiveness of smartphone technologies on glycaemic control in patients with type 2 diabetes: systematic review with meta-analysis of 17 trials. *Obes Rev* 2018; 19: 825–838.
31. Murray E, Burns J, Tai SS, et al. Interactive Health Communication Applications for people with chronic disease. *Cochrane Database Syst Rev* 2005; 2005: 1–82.
32. Posadzki P, Mastellos N, Ryan R, et al. Automated telephone communication systems for preventive healthcare and management of long-term conditions. *Cochrane Database Syst Rev* 2016; 12: CD009921.
33. Wakefield BJ, Holman JE, Ray A, et al. Effectiveness of home telehealth in comorbid diabetes and hypertension: a randomized, controlled trial. *Telemed J E Health* 2011; 17: 254–261.
34. Bernocchi P, Vitacca M, la Rovere MT, et al. Home-based telerehabilitation in older patients with chronic obstructive pulmonary disease and heart failure: a randomised controlled trial. *Age Ageing* 2018; 47: 82–88.
35. Janjua S, Carter D, Threapleton CJ, et al. Telehealth interventions: remote monitoring and consultations for people with chronic obstructive pulmonary disease (COPD). *Cochrane Database Syst Rev* 2021; 7: CD013196.
36. Janjua S, Banchoff E, Threapleton CJ, et al. Digital interventions for the management of chronic obstructive pulmonary disease. *Cochrane Database Syst Rev* 2021; 4: CD013246.
37. Zhu Y, Gu X, Xu C. Effectiveness of telemedicine systems for adults with heart failure: a meta-analysis of randomized controlled trials. *Heart Fail Rev* 2020; 25: 231–243.
38. McLean S, Nurmatov U, Liu JL, et al. Telehealthcare for chronic obstructive pulmonary disease. *Cochrane Database Syst Rev* 2011; CD007718.
39. Kunnari T, Koivula M. eHealth-palvelut perusterveydenhuollon vastaanotto toiminnan tukena - kirjallisuuskatsaus potilaiden kokemuksista. *Hoitotiede* 2018; 30: 323–333.
40. Tietosuojavaltuutetun toimisto. EU:n tietosuojasetus - usein kysytyt kysymykset | Tietosuojavaltuutetun toimisto, <https://tietosuoja.fi/gdpr> (2022, accessed 13 December 2022).
41. FINLEX®. Ajantasainen lainsäädäntö: Laki potilaan asemasta ja oikeuksista 785/1992. Oikeusministeriö, Edita Publishing Oy, 1992.
42. Valvira. Potilaille annettavat terveydenhuollon etäpalvelut - Valvira, https://www.valvira.fi/terveydenhuolto/yksityisen_terveydenhuollon_luvat/potilaille-annettavat-terveydenhuollon-etapalvelut (2022, accessed 26 October 2022).
43. FINLEX®. Ajantasainen lainsäädäntö: Laki terveydenhuollon ammattihenkilöistä 559/1994. Oikeusministeriö, Edita Publishing Oy, 2021.

44. Pal K, Eastwood S v, Michie S, et al. Computer-based diabetes self-management interventions for adults with type 2 diabetes mellitus. *Cochrane Database Syst Rev* 2013; 2013: CD008776.
45. Inglis SC, Clark RA, Dierckx R, et al. Structured telephone support or non-invasive telemonitoring for patients with heart failure. *Cochrane Database Syst Rev* 2015; 2015: CD007228.
46. Allida S, Du H, Xu X, et al. mHealth education interventions in heart failure. *Cochrane Database Syst Rev* 2020; 7: CD011845.
47. Rush KL, Hatt L, Janke R, et al. The efficacy of telehealth delivered educational approaches for patients with chronic diseases: A systematic review. *Patient Educ Couns* 2018; 101: 1310–1321.
48. WHO Guideline: *Recommendations on digital interventions for health system strengthening*. 2019.
49. Rodgers M, Raine G, Thomas S, et al. Informing NHS policy in 'digital-first primary care': a rapid evidence synthesis. *Health Services and Delivery Research*. Epub ahead of print December 2019. DOI: 10.3310/hsdr07410.
50. RNAO. Strategies to Support Self-Management in Chronic Conditions: Collaboration with Clients. *Clinical Best Practice Guidelines*.
51. Slama-Chaudhry A, Golay A. POLICY AND PRACTICE Patient education and self-management support for chronic disease: methodology for implementing patient-tailored therapeutic programmes.
52. Astma. Käypä hoito -suositus. Suomalaisen Lääkäriseuran Duodecimin, Suomen Keuhkolääkäriyhdistys ry:n, Suomen Lastenlääkäriyhdistys ry:n ja Suomen Kliinisen Fysiologian Yhdistys ry:n asettama työryhmä. Helsinki: Suomalainen Lääkäriseura Duodecim, 2022. (viitattu 26/10/2022) Saatavilla internetistä: www.kaypahoito.fi.
53. Insuliinipuutosdiabetes. Käypä hoito -suositus. Suomalaisen Lääkäriseuran Duodecimin, Suomen Sisätautilääkärin yhdistyksen ja Diabetesliiton Lääkärineuvoston asettama työryhmä. Helsinki: Suomalainen Lääkäriseura Duodecim, 2022. (viitattu 26/10/2022) Saatavilla internetistä: www.kaypahoito.fi.
54. Tyypin 2 diabetes. Käypä hoito -suositus. Suomalaisen Lääkäriseuran Duodecimin, Suomen Sisätautilääkärin yhdistyksen ja Diabetesliiton Lääkärineuvoston asettama työryhmä. Helsinki: Suomalainen Lääkäriseura Duodecim, 2020. (viitattu 26/10/2022) Saatavilla internetistä: www.kaypahoito.fi.
55. Keuhkohtaumatauti. Käypä hoito -suositus. Suomalaisen Lääkäriseuran Duodecimin ja Suomen Keuhkolääkäriyhdistys ry:n asettama työryhmä. Helsinki: Suomalainen Lääkäriseura Duodecim, 2020. (viitattu 26/10/2022) Saatavilla internetistä: www.kaypahoito.fi.
56. Krooninen sepelvaltimo-oireyhtymä. Käypä hoito -suositus. Suomalaisen Lääkäriseuran Duodecimin ja Suomen Kardiologisen Seuran asettama työryhmä. Helsinki: Suomalainen Lääkäriseura Duodecim, 2022. (viitattu 26/10/2022) Saatavilla internetistä: www.kaypahoito.fi.
57. Sydämen vajaatoiminta. Käypä hoito -suositus. Suomalaisen Lääkäriseura Duodecimin ja Suomen Kardiologisen Seuran asettama työryhmä. Helsinki: Suomalainen Lääkäriseura Duodecim, 2017. (viitattu 26/10/2022) Saatavilla internetistä: www.kaypahoito.fi.
58. Hotus-hoitosuositus. 2018. Omahoidon ohjauksen sisällöt sydämen vajaatoimintapotilaan hoitotyössä. Hoitotyön tutkimussäätiön asettama työryhmä: Majjala V, Ihanus S, Kiema M, Miettinen H, Ylönen K. Helsinki: Hoitotyön tutkimussäätiö. (viitattu 26/10/2022) Saatavilla <https://www.hotus.fi/hoitosuosituks/>.
59. Hotus-hoitosuositus. 2018. Keuhkohtaumatautia sairastavan omahoidon ohjauksen sisällöt. Hoitotyön tutkimussäätiön asettama työryhmä: Heikkinen K, Kaistila T, Knaapi-Junnila S, Kukkonen M, Pohju A, Siltanen H, Juusela M. Helsinki: Hoitotyön tutkimussäätiö. (viitattu 26/10/2022) Saatavilla <https://www.hotus.fi/hoitosuosituks/>.
60. Hotus-hoitosuositus. 2020. Aikuisten diabetesta sairastavien insuliinihoidon ohjauksen sisältö. Hoitotyön tutkimussäätiön asettama työryhmä: Rintala T-M, Hynynen M-A, Kettunen T, Olli S, Vähätalo M. Helsinki: Hoitotyön tutkimussäätiö. (viitattu 26/10/2022) Saatavilla <https://www.hotus.fi/hoitosuosituks/>.
61. Effing TW, Bourbeau J, Vercoulen J, et al. Self-management programmes for COPD: moving forward. *Chronic respiratory disease* 2012; 9: 27–35.

62. Kim J, Kim S, Kim H-C, et al. Effects of consumer-centered u-health service for the knowledge, skill, and attitude of the patients with chronic obstructive pulmonary disease. *Comput Inform Nurs* 2012; 30: 661–671.
63. Ilomäki S, Ruusuvoori J. Preserving client autonomy when guiding medicine taking in tele-homecare: A conversation analytic case study. *Nurs Ethics* 2022; 29: 719–732.
64. Shaw SE, Seuren LM, Wherton J, et al. Video Consultations Between Patients and Clinicians in Diabetes, Cancer, and Heart Failure Services: Linguistic Ethnographic Study of Video-Mediated Interaction. *J Med Internet Res* 2020; 22: e18378.
65. Ilomäki S, Ruusuvoori J. From appearances to disengagements : Openings and closings in video-mediated tele-homecare encounters. *Social Interaction Video-Based Studies of Human Sociality* 2020; 3: 2446–3620.
66. Sävenstedt S, Zingmark K, Hydén L-C, et al. Establishing joint attention in remote talks with the elderly about health: a study of nurses' conversation with elderly persons in teleconsultations. *Scand J Caring Sci* 2005; 19: 317–324.
67. Due BL, Lange SB, Nielsen MF, et al. Mimicable embodied demonstration in a decomposed sequence: Two aspects of recipient design in professionals' video-mediated encounters. *J Pragmat* 2019; 152: 13–27.
68. Ilomäki S, Ruusuvoori J, Laitinen J. Effects of Transmission Delay on Client Participation in Video-Mediated Group Health Counseling. *Qual Health Res* 2021; 31: 2328–2339.
69. Hotus-hoitosuositus. 2018. Lääkehoidon toteutus keuhkohtaumatautia sairastavan hoidossa. Hoitotyön tutkimussäätiön asettama työryhmä: Heikkinen K, Kaistila T, Knaapi-Junnila S, Kukkonen M, Pohju A, Siltanen H, Juusela M. Helsinki: Hoitotyön. (viitattu 26/10/2022) Saatavilla <https://www.hotus.fi/hoitosuosituksel/>, www.hotus.fi (accessed 31 October 2022).
70. Rose L, Istanbulian L, Carriere L, et al. Program of Integrated Care for Patients with Chronic Obstructive Pulmonary Disease and Multiple Comorbidities (PIC COPD+): a randomised controlled trial. *Eur Respir J*; 51. Epub ahead of print 2018. DOI: 10.1183/13993003.01567-2017.
71. Ha Dinh TT, Bonner A, Clark R, et al. The effectiveness of the teach-back method on adherence and self-management in health education for people with chronic disease: a systematic review. *JBI Database System Rev Implement Rep* 2016; 14: 210–247.
72. McCabe C, McCann M, Brady AM. Computer and mobile technology interventions for self-management in chronic obstructive pulmonary disease. *Cochrane Database Syst Rev* 2017; 5: CD011425.
73. Wulfovich S, Fiordelli M, Rivas H, et al. 'I Must Try Harder': Design Implications for Mobile Apps and Wearables Contributing to Self-Efficacy of Patients With Chronic Conditions. *Front Psychol* 2019; 10: 2388.
74. Blumenthal JA, Emery CF, Smith PJ, et al. The effects of a telehealth coping skills intervention on outcomes in chronic obstructive pulmonary disease: primary results from the INSPIRE-II study. *Psychosom Med* 2014; 76: 581–592.
75. McLean S, Chandler D, Nurmatov U, et al. Telehealthcare for asthma: a Cochrane review. *CMAJ* 2011; 183: E733-42.
76. Zhang MWB, Ho RCM, Cheung MWL, et al. Prevalence of depressive symptoms in patients with chronic obstructive pulmonary disease: a systematic review, meta-analysis and meta-regression. *Gen Hosp Psychiatry* 2011; 33: 217–223.
77. Yohannes AM, Willgoss TG, Baldwin RC, et al. Depression and anxiety in chronic heart failure and chronic obstructive pulmonary disease: prevalence, relevance, clinical implications and management principles. *Int J Geriatr Psychiatry* 2010; 25: 1209–1221.
78. Amiri S, Behnezhad S. Diabetes and anxiety symptoms: A systematic review and meta-analysis. <https://doi.org/10.1177/0091217419837407>. Epub ahead of print 2 April 2019. DOI: 10.1177/0091217419837407.
79. Yohannes AM, Alexopoulos GS. Depression and anxiety in patients with COPD. *Eur Respir Rev* 2014; 23: 345–349.

80. Pienaar MA, Reid M. A diabetes peer support intervention: Patient experiences using the Mmogo-method®. *Health SA* 2021; 26: 1–7.
81. Heisler M, Vijan S, Makki F, et al. Diabetes control with reciprocal peer support versus nurse care management: a randomized trial. *Ann Intern Med* 2010; 153: 507–515.
82. Vertaistuki ja tapahtumat - Hengityслиitto, <https://www.hengityслиitto.fi/vertaistuki-tapahtumat/> (accessed 31 October 2022).
83. Vertaistuki - Allergia.fi, <https://www.allergia.fi/palvelut/vertaistuki/#8b1d5d63> (accessed 31 October 2022).
84. Vertaisten tuki kantaa diabetesarjessa - Diabetesliitto, <https://www.diabetes.fi/d-elamaa/vertaistuki/#1c4427b4> (accessed 31 October 2022).
85. Vertaistuki - Sydänsairas - kaipaatko vertaistukea?, <https://sydan.fi/apua-ja-tukea/vertaistuki/> (accessed 31 October 2022).
86. OLKA. Hae vertaistukea, <https://olkatoiminta.fi/vertaistuki/> (2022, accessed 13 December 2022).